



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2016

Funktionale Lebensqualität im Alter

Martin, Mike

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-125844>

Book Section

Published Version

Originally published at:

Martin, Mike (2016). Funktionale Lebensqualität im Alter. In: Zimmermann, Harm-Peer. Kulturen des Alterns. Plädoyers für ein gutes Leben bis ins hohe Alter. Frankfurt: Campus, 374-385.

Wie wollen wir im Alter leben? Welche kulturellen und sozialen Bedingungen sind dafür ausschlaggebend? Altersforscherinnen und Altersforscher unterschiedlicher Disziplinen, unter anderem der Kultur- und Medienwissenschaft, Ethnologie, Soziologie und Theologie, loten in diesem Buch Möglichkeiten des Alterns in globaler Perspektive aus. Sie weisen auf Potenziale des Alters für Kultur und Gesellschaft hin und widersprechen verbreiteten Negativszenarien, die eine Vergreisung der Gesellschaft und einen »Clash of Generations« prophezeien. Die Beiträge zeigen vielmehr – anschaulich und zugleich theoretisch versiert –, wie die Kunst des humanen Alterns in der Welt gelingen kann.

ISBN 978-3-593-50553-4



€ 39,95 [D]
€ 41,10 [A]

www.campus.de

campus

Zimmermann, Kruse, Rentsch

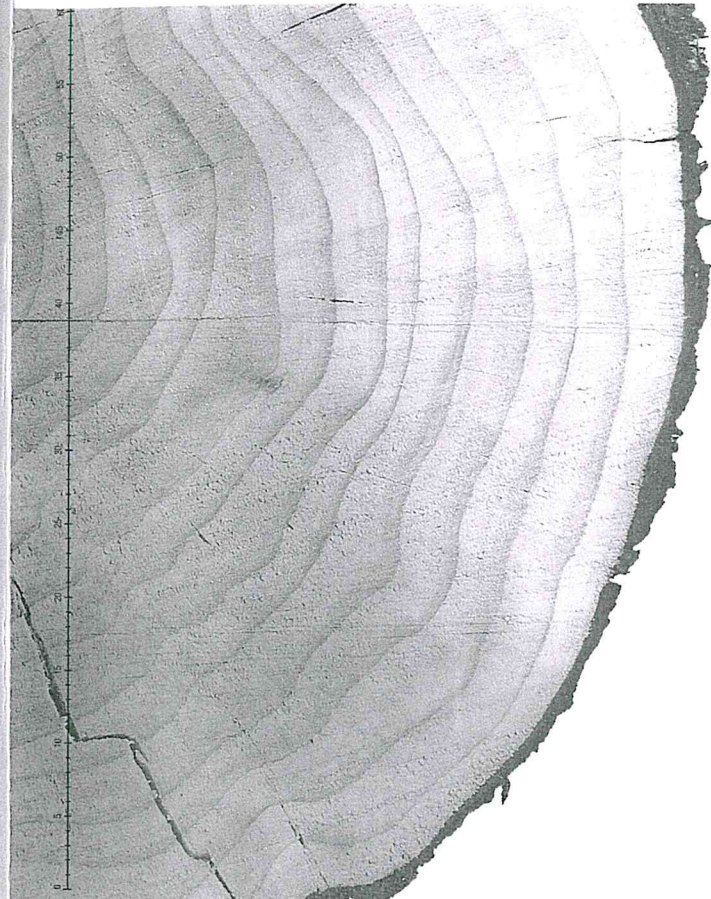
KULTUREN DES ALTERNs



Harm-Peer Zimmermann, Andreas Kruse,
Thomas Rentsch (Hg.)

KULTUREN DES ALTERNs

Plädoyers für ein gutes Leben bis ins hohe Alter



campus

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-593-50553-4 Print
ISBN 978-3-593-43411-7 E-Book (PDF)
ISBN 978-3-593-43427-8 E-Book (EPUB)

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Copyright © 2016 Campus Verlag GmbH, Frankfurt am Main
Umschlaggestaltung: Fabian Iseli, Grafikdesign, Zürich
Umschlagmotiv: Baumstamm mit Jahresringen © istock.com/Abbielimages
Satz: Campus Verlag GmbH, Frankfurt am Main
Druck und Bindung: CPI buchbücher.de, Birkach
Gedruckt auf Papier aus zertifizierten Rohstoffen (FSC/PEFC).
Printed in Germany

www.campus.de

Inhalt

Vorwort.	9
------------------	---

I. VIELFALT DES ALTER(N)S IN DER WELT

Im Fluss der Zeit wandern am Anfang der Welt – Zumutungen und Potenzial der Lebensstufe Alter in der chinesischen Philosophie	17
---	----

Gudula Linck

Altern in der Gemengelage von Demografie und Wirtschaftlichkeit.	29
--	----

Angelika C. Messner

Die Familie als Garant sozialer Absicherung? Demografischer Wandel und soziale Herausforderungen in China.	41
--	----

Franziska Kampf

Vom Mythos der Altentötung – Verallgemeinerungen aus Südamerika	49
---	----

Mark Münzel

Alter, Altern und ältere Menschen in Kamerun: Alerität – kollektives Gedächtnis.	63
--	----

Antony Ahounfack

Der Online-Pfleger? Care und Mobiltelefonie am Beispiel Tansania	71
--	----

Jana Gerold

Zwischen Ehre und Exil – Kolonialveteranen des Zweiten Weltkriegs in Frankreich und den USA	79
<i>Barbara Laubenthal</i>	

Alter/hohes Alter und islamische Vorschriftlichkeit	95
<i>Otfried Weintritt</i>	

II. MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN DES ALTER(N)S IN DER MITTE EUROPAS

Alter(n)swirklichkeiten und Medienwandel – Warum die Rede von den <i>Digitalen Immigranten</i> in die Irre führt	113
<i>Anja Hartung</i>	

Rollatorenzugänge oder iPad-Nutzung? Die Konstruktion von Alter in musealen Seniorenprogrammen	133
<i>Esther Gajek</i>	

Zur Wahrnehmung von Alter und Arbeit in alternden Belegschaften – Das Beispiel saarländischer Industrieunternehmen	147
<i>Antje Schönwald</i>	

Patienten, Kunden, Auftraggeber? Die Rolle älterer Menschen mit Pflegebedürftigkeit gegenüber ambulanten Pflegediensten	159
<i>Lydia-Maria Quart</i>	

Zur Amalgamierung, Fest- und Fortschreibung von stereotypen Alters- und Frauenbildern	171
<i>Ute Holfelder</i>	

Alte im Märchen – Mittler zwischen den Welten	187
<i>Welf-Gerrit Otto</i>	

Die Manifestation unbewusster Altersbilder in der Karikatur – Bericht von der ersten empirischen Studie über Altersbilder in Karikaturen im deutschen Sprachraum	197
<i>Franziska Polanski</i>	

Von Irritationen und Resonanzen – Zur Bedeutung der Sinne bei Demenz	209
<i>Heinrich Grebe</i>	

Die gelöste Verbindung – Das Leben hochbetagter Menschen mit Demenz in ländlichen Regionen am Beispiel der Uckermark	231
<i>Evelyn Niemeier</i>	

Pflegekulturen im Wandel – Über Handlungsstrategien in der stationären Pflege von Menschen mit Demenz	239
<i>Andrea Newerla</i>	

Edith Sparmann – Lebensstationen einer Ravensbrücker KZ-Häftlingsfrau	249
<i>Sigrid Jacobeit</i>	

III. FÜR EINE KULTUR HUMANEN ALTERNS

Kultur humanen Alterns – Ethische Perspektiven	257
<i>Thomas Rentsch</i>	

Caring Community – Auf dem Weg in eine sorgende Gemeinschaft? ..	269
<i>Thomas Klie</i>	

Zur Entwicklung (post-)moderner Altersbilder – Leitvorstellungen und Realität	287
<i>François Höpflinger</i>	

Lebenschancen im Alter – Anlaufversuche im Schatten soziologischer Klassiker	303
<i>Klaus R. Schroeter</i>	
Junger Gott für alte Leute – Spiritualität in der späten Lebensphase ...	323
<i>Ralph Kunz</i>	
Die Psyche im Alter – Was uns Biografie und Spätwerk Johann Sebastian Bachs lehren	335
<i>Andreas Kruse</i>	
Neue Wohnformen für ein neues Alter(n)? – Kulturelle Verhandlungen von Alter(n) am Beispiel der Wohngemeinschaft.	363
<i>Rebecca Niederhauser</i>	
Funktionale Lebensqualität im Alter	375
<i>Mike Martin</i>	
Altern als Balanceakt – Ein kulturwissenschaftlicher Ansatz zwischen Frustration und Freude.	387
<i>Harm-Peer Zimmermann</i>	
Kulturen des Alter(n)s	401
<i>Oskar Negt</i>	
Autorinnen und Autoren	415

Vorwort

Anlässlich seines 80. Geburtstages gab der Schweizer Schriftsteller Adolf Muschg im Mai 2014 ein Interview zum Thema Altern.¹ Keine Spur von Altersmüdigkeit ließ Adolf Muschg erkennen, im Gegenteil: Er zeigte sich mit Hoffnung unterwegs, Ernst Bloch im Tornister. Gerade weil es eine kritische Lebensphase sei, werde das Alter zur Instanz der Kritik – der Kritik an einer sozusagen überdrehten Zivilisation: »Mehr Geld, mehr Quote, mehr Erfolg« – mehr, mehr, mehr. Was will man *mehr* oder *anderes*?

Im Alter spüren wir zunehmend unsere Grenzen. Wir können oft nicht mehr mithalten, staunen etwa über die Geschwindigkeit, in der junge Leute mit ihren flinken Daumen simsens und twittern – diese »Däumlinge der digitalen Welt«, wie ein anderer großer Schriftsteller, Günter Grass, die jugendlichen Dauernutzer von neuen Medien genannt hat.² Mehr und mehr wird mit dem Alter das Mehr-Mehr-Mehr obsolet und kritisch. Warum sollten wir stets und überall mithalten? Nicht einmal die Jugend schafft das, wenigstens nicht auf allen Gebieten, und schon gar nicht auf allen Gebieten gleichzeitig. *Wo* wollen wir mithalten und *wo nicht*? Und überhaupt: Liegt nicht »der Schlüssel zum guten Leben« ganz woanders? Wäre es nicht an der Zeit, uns auf einen anderen Lebensmodus zu besinnen und zu verständigen, um »unser Glück zu finden«, fragt Adolf Muschg.³

Das Alter verkörpert einen alternativen Lebensmodus. Nicht nur, dass es die Dynamik des Mehr-Mehr-Mehr infrage stellt, sondern auch und vor allem, dass es eine andere Art und Weise der Lebensführung verlangt, macht es zum lebendigen Plädoyer für eine *andere* Kultur und Gesellschaft, eine lang-

¹ Vgl. o. A., »Was mich reut, sind Versäumnisse an Courage«, in: Tages-Anzeiger Online, 13.05.2014

² Vgl. Lintzel, Stänkern gegen den FacebookTwitterGoogle-Komplex, in: Tageszeitung Online, 08.10.2013

³ O. A., »Was mich reut, sind Versäumnisse an Courage«, in: Tages-Anzeiger Online, 13.05.2014

- alternde Gesellschaft. Problemfelder gesellschaftlichen Umgangs mit Altern und Alter*, Weinheim/München 1999, S. 7–96.
- Niederhauser, Rebecca, »Gemeinsam nicht allein sein: Die Alters-Wohngemeinschaft«, in: *Schweizerisches Archiv für Volkskunde*, Jg. 108, H. 2 (2012), S. 209–217.
- Niederhauser, Rebecca, »Ich bin alt. Aber ich fühle mich nicht so.« Das Altersdispositiv oder der alltägliche Umgang mit dem neuen Alter«, in: *Moderne. Kulturwissenschaftliches Jahrbuch 6 (2010/2011)*, Themenschwerpunkt: *Alter(n)*, Innsbruck 2012, S. 19–36.
- Oswald, Wolf D./Lehr, Ursula/Sieber, Cornelia/Kornhuber, Johannes (Hg.), *Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe*, 3., vollst. überarb. Aufl., Stuttgart 2006.
- Powell, Jason L., »Rethinking Gerontology: Foucault, Surveillance and the Positioning of Old Age«, in: *Sincronia Summer 2004*, Jg. 9, H. 31 (2004), <http://sincronia.cuch.udg.mx/powell04.html>
- Powell, Jason L./Biggs, Simon, »Foucauldian Gerontology: A Methodology for Understanding Aging«, in: *Electronic Journal of Sociology*, Jg. 7, H. 2 (2003), http://www.sociology.org/content/vol7.2/03_powell_biggs.html
- Projektgruppe Göttingen, »Geschlechtsspezifische Muster der Raum- und Dingeaneignung«, in: *Gestaltungsspielräume. Frauen in Museum und Kulturforschung. 4. Tagung der Kommission Frauen in der Deutschen Gesellschaft für Volkskunde*, Tübingen 1992, S. 108–130.
- Saake, Irnhild, *Die Konstruktion des Alters. Eine gesellschaftstheoretische Einführung in die Altersforschung*, Wiesbaden 2006.
- Schmidt-Lauber, Brigitta, »Das qualitative Interview oder: Die Kunst des Reden-Lassens«, in: Silke Götsch/Albrecht Lehmann (Hg.), *Methoden der Volkskunde. Positionen, Quellen, Arbeitsweisen der Europäischen Ethnologie*, Berlin 2001, S. 169–186.
- Schroeter, Klaus/Zimmermann, Harm-Peer, »Doing Age on Local Stage. Ein Beitrag zur Gouvernementalität alternder Körper heute«, in: *Moderne. Kulturwissenschaftliches Jahrbuch 6 (2010/2011)*, Themenschwerpunkt: *Alter(n)*, Innsbruck 2012, S. 72–83.
- Schroeter, Klaus, »Die Normierung alternder Körper – gouvernementale Aspekte des Doing Age«, in: Silke van Dyk/Stephan Lessenich (Hg.), *Die jungen Alten. Analysen einer neuen Sozialfigur*, Frankfurt/M. 2009, S. 359–379.
- Wahl, Hans-Werner, »Entwicklung gerontologischer Forschung«, in: Andreas Kruse/Mike Martin (Hg.), *Enzyklopädie der Gerontologie. Altersprozesse in multidisziplinärer Sicht*, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle 2004, S. 29–48.
- Wahl, Hans-Werner/Heyl, Vera, *Gerontologie – Einführung und Geschichte*, Stuttgart 2004.

Funktionale Lebensqualität im Alter

Mike Martin

1. Paradigmen gerontologischer Evidenzgewinnung

Die Gerontologie und die klinisch-medizinische Altersforschung werden zurzeit von einem Leitparadigma bestimmt. Dabei wird Wert darauf gelegt, dass von der Grundlagenforschung quantitativ-empirische Evidenz für wirksame Interventionsmethoden zur Förderung von Gesundheit und Lebensqualität im Alter bereitgestellt wird. Durch die Festlegung von *Guidelines* werden die im Versorgungssystem Handelnden auf die Vermittlung und den Einsatz dieser Interventionen festgelegt. Kostenträger sind gesetzlich darauf verpflichtet, ausschließlich evidenzbasierte Interventionen zu finanzieren. Als evidenzbasierte Intervention gilt, wenn unter methodisch und statistisch kontrollierten Bedingungen mit für alle untersuchten Personen gleichen Verfahren statistisch signifikante Vorteile im Mittel einer Interventions-Population gegenüber einer Placebo-Population nachgewiesen werden. Für die tatsächliche Wirksamkeit gerontologischer Interventionen im Alltag einer einzelnen älteren Person kommt es daher ganz zentral darauf an, auf welcher theoretischen und methodischen Basis in der Forschung die Evidenz für die Wirksamkeit von Maßnahmen gewonnen wird und in welchem Verhältnis die Evidenzgewinnungsmethode zum individuellen Alltag einer Person steht, für die die Intervention durch die *Guidelines* festgelegt wird. Hierzu sind verschiedene Paradigmen und Vorgehensweisen möglich, und eine dieser Vorgehensweisen soll im Folgenden genauer dargestellt werden.

Gehen wir in einem Gedankenexperiment einmal davon aus, dass es für viele (a) ältere *Individuen* sehr häufig das Ziel ist, ihre (b) Gesundheit und *Lebensqualität aufrechtzuerhalten* (also sie zu stabilisieren), (c) sie eine in ihrem konkreten *Einzelfall wirksame* Intervention benötigen, (d) die Intervention in ihrem *alltäglichen Umfeld* die gewünschte Stabilisierungswirkung erzielen soll und (e) die Wirksamkeit einer Intervention bei vielen Personen

nachweisbar sein soll. Welche Konsequenzen ergeben sich daraus für das dafür adäquate Paradigma der Evidenzgewinnung?

2. Individuen

Sehr häufig werden Diskussionen darüber geführt, ob es »gesundes Alter« überhaupt geben kann oder ob nicht vielmehr alle sehr alten Personen krank sind, weil bei den meisten irgendwann mindestens eine, meistens mehrere Erkrankungen diagnostizierbar sind. In vielen Vorträgen zum Thema Alter und Gesundheit hört man, dass beispielsweise »13 % der über 65-jährigen an Demenz erkrankt«¹ sind und deshalb die Forschung sich auf diese Gruppe konzentrieren müsse. Zuletzt werden aber auch Positionen bezogen, dass die Erforschung der »87 %« ohne Demenzdiagnose genau so große Bedeutung haben sollte, da der längere Erhalt von Nichtdemenz ebenfalls erhebliche Auswirkungen auf die Entwicklung der Versorgungskosten hat.²

Beiden Sichtweisen ist gemeinsam, dass hierbei die Symptomatik und nicht das Individuum in den Fokus gerontologischer Forschung gerückt werden. Bei praktisch allen Personen im höheren Alter sind sowohl Eigenschaften, Ressourcen und Aktivitäten beobachtbar, die konventionell als »beeinträchtigt«, »defizitär« oder als »erkrankt« bezeichnet und diagnostiziert werden können, als auch Eigenschaften, Ressourcen und Aktivitäten, für die das nicht gilt. So gesehen ist ein Streit darüber, ob ein Individuum nun gesund oder krank ist, lediglich aus der Sicht eines Symptoms beantwortbar (und unterliegt je nach geltender Konvention einem Wandel), jedoch nicht aus Sicht eines Individuums.

Im Grunde genommen kann jedes Individuum also gleichzeitig krank und gesund sein. Daher ist die Konsequenz einer Fokussierung der gerontologischen Forschung auf das Individuum, das individuell charakteristische dynamische Zusammenspiel von Eigenschaften, Ressourcen und Aktivitäten zu untersuchen, das diesem Individuum die Stabilisierung seiner Lebensqualität erlaubt.³ Gerontologie kann sich also auf die Erforschung der Stabilisierung individueller Lebensqualität bei alternden Individuen konzentrieren und

¹ Wagster u. a., The 87 %, S. 739.

² Vgl. Wagster u. a., The 87 %.

³ Vgl. Martin/Moor, How psychology as a discipline can profit from focusing psychological research on the individual.

muss keine Unterscheidung zwischen symptomatischen, mehrfach symptomatischen und nicht symptomatischen Individuen vornehmen.

3. Stabilisierung

Es klingt auf den ersten Blick seltsam, sich auf die Stabilisierung von Lebensqualität und nicht auf die Verbesserung von Lebensqualität zu konzentrieren. Dies ist jedoch kein Widerspruch. Selbstverständlich ist es so, dass eine Übung elementarer und kontextuell isolierter Prozesse wie etwa der Geschwindigkeit, der Reaktion auf einfache Lichtreize in einer computerisierten und an die Leistungsentwicklung angepassten Schwierigkeitsstufe, praktisch immer zu einer Leistungsverbesserung führt. Wenn das Ziel also Stabilisierung heißt, dann sind Ziel einer Stabilisierung nicht die in der kontextunabhängigen Elementarfähigkeit, sondern in komplexen, aus mehreren gegenseitig kompensatorischen Teilprozessen zusammensetzbaren und kontextualisierten Funktionen.

Dies wird als »funktionale Gerontologie«⁴ beschrieben und geht auf frühe Ansätze des Funktionalismus in der Evolutionsbiologie (Darwin) und der funktionalen Psychologie zurück.⁵ Die Grundidee beim Modell der funktionalen Lebensqualität dabei ist, dass Individuen in nicht vollständig vorhersehbaren Umwelten (wie dem Alltag) nur durch die jeweils passende Orchestrierung des Einsatzes unterschiedlicher elementarer Fähigkeiten, Ressourcen und Aktivitäten das stabile Erreichen von wichtigen komplexen Zielfunktionen wie »Überleben«, »Autonomie«, »Alltagsbewältigung« oder eben »Lebensqualität« gelingt.⁶ Danach bleibt die Funktion, also beispielsweise die Lebensqualität, immer gleich. Was jedoch dazu führt, dass sie gleich bleibt, ist die systematische Antizipation von und Reaktion auf wechselnde Anforderungen. Mit anderen Worten kann es sein, dass man, um autonom zu sein, an verschiedenen Tagen verschiedene Teilprozesse einsetzen muss. Entsprechend kann man davon ausgehen, dass zur Stabilisierung von Lebensqualität zu verschiedenen Zeiten verschiedene Interventionen eingesetzt werden müs-

⁴ Vgl. Martin/Jäncke/Röcke, Functional approaches to lifespan development, und Martin/Kliegel, Psychologische Grundlagen der Gerontologie.

⁵ Vgl. Dixon/Hertzog, A Functional Approach to Memory and Metamemory Development in Adulthood.

⁶ Vgl. Martin u. a., The Functional Quality of Life (fQOL)-Model.

sen. Damit wäre die Aufgabe der Interventionsforschung, Modelle zu entwickeln und zu testen, aus denen die situativ und individuell erforderlichen Interventionen abgeleitet werden können.

Für die Forschung ergibt sich daher eine andere Frage als diejenige, die man üblicherweise untersucht: Beim funktionalen Ansatz ist die Frage, wie viele verschiedene Möglichkeiten den Erhalt von Autonomie in gleicher Weise ermöglichen. Für die Ableitung von Interventionen kann das dazu eingesetzt werden, möglichst viele Interventionsmöglichkeiten mit dem gleichen Effekt herauszufinden und nachzuweisen, dass diese Möglichkeiten funktionieren. Im momentan meistens verwendeten Evidenzparadigma der Alternsforschung geht man genau umgekehrt vor: Hier wird zumeist untersucht, welcher einzelne Teilprozess im Durchschnitt in einer Population die größte Auswirkung auf die Autonomie innerhalb dieser Population hat. Für die Ableitung einer Intervention würde das bedeuten, dass man den durchschnittlich am stärksten wirkenden Teilprozess bei allen Mitgliedern der Population empfehlen würde – genau wie bei der heutigen Vorgehensweise bei der Entwicklung von *Guidelines*.

4. Populationsbasierte versus individualisierte Evidenz

Der Unterschied bei der Evidenzgewinnung zwischen populationsbasierten und individualisierten Ansätzen ist erheblich. Zur Illustration stellen Sie sich eine Studie vor, die untersucht, welcher Zusammenhang in einer Population von Schreibkräften zwischen dem Schreibtempo und der Fehlerzahl beim Schreiben besteht. Hier ist zu erwarten, dass im Durchschnitt der Population die Fehlerzahl umso geringer ist, je geübter (und damit schneller) eine Schreibkraft schreibt. Nimmt man nun an, dass dieser Zusammenhang innerhalb der Population auch innerhalb jeder Person zutrifft, dann leitet man daraus für den Einzelfall ab: *Wenn du weniger Fehler machen willst, dann musst du nur schneller schreiben!*

Tatsächlich würde dies aber genau zum gegenteiligen Effekt führen, denn der *Zusammenhang innerhalb jeder Einzelperson ist genau umgekehrt wie der Zusammenhang innerhalb der Population*: Innerhalb jeder Person, egal wie schnell sie schreiben kann, ist die Fehlerzahl natürlich umso höher, je schneller sie schreibt. Also leitet man eine ganz andere Empfehlung für den Einzelfall ab: *Wenn du weniger Fehler machen willst, dann musst du lang-*

samer schreiben! Daraus wird ersichtlich, dass man für eine individualisierte Evidenzgewinnung mit den populationsbasierten Studien nur selten valide Erkenntnisse gewinnen kann und daher andere Verfahren zur Evidenzgewinnung erforderlich sind.

5. Systematische und quantitative individualisierte Evidenz

Wie aber kann einerseits der Individualität wichtiger Zielfunktionen und andererseits dem Anspruch auf systematische Evidenzgewinnung gleichzeitig Rechnung getragen werden? Hierzu gibt es bereits bestehende Lösungen. So kann man davon ausgehen, dass bei allen Personen die Lebensqualität mit einer begrenzten Zahl von Parametern beschrieben werden kann. So dürften beispielsweise bei jeder einzelnen Person unter anderem soziale Netzwerkpartner, körperliche Aktivitäten und Fähigkeiten, Motive, Ziele, Emotionen und geistige Fähigkeiten systematisch mit der Definition und dem Erhalt von Lebensqualität zusammenhängen. Jedoch sind diese Parameter bei jeder Person etwas anders ausgeprägt.

Daher ist eine Möglichkeit, zur Zuweisung einer individuell passenden Intervention einen für jede Person identischen Algorithmus, einen Entscheidungsbaum, zu verwenden. Das ist in etwa das, was ein Diagnostiker auch in der Praxis verwendet: Er wird bekannte Einflussgrößen auf die Therapie-wirksamkeit (versteht die Person meine Erläuterung, gibt es partnerschaftliche Unterstützung, wird eine Therapie grundsätzlich abgelehnt oder ähnlich) erfassen, um dann eine Therapieempfehlung mit möglichst hoher Wirkungswahrscheinlichkeit abzugeben. Diese Algorithmen können formalisiert werden, mit anderen Algorithmen verglichen werden und dann in den *Guidelines* die Verwendung des nachweislich besten Algorithmus festgelegt werden (für ein Beispiel eines solchen Algorithmus siehe die Arbeit von Scott und Kollegen, die einen Algorithmus für die Reduzierung von Verschreibungen bei Multimorbidität vorstellen und untersuchen).⁷

Unterstützt werden kann die Algorithmenentwicklung und -prüfung, wenn die relevanten Parameter im Alltag einer Person möglichst häufig erfasst werden können. Auf diese Weise kann man ein Abbild der alltäglichen

⁷ Vgl. Scott u. a., Deciding when to stop.

Lebensqualitätsstabilisierung gewinnen. Voraussetzung ist hierbei, solche Parameter zu bestimmen und aufgrund theoretischer Modellüberlegungen in ein messbares Modell zu übertragen. In jedem Fall können die Algorithmen dazu genutzt werden, für den Einzelfall maßgeschneiderte Interventionen genauso systematisch quantitativ auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen, wie es bisher mit für alle gleichen Interventionen auf Populationsmittelwertebene gemacht wird. Es gibt also *methodisch die Möglichkeit, für individuell maßgeschneiderte Interventionen die gleiche Art von Evidenzqualität zu gewinnen wie für »standardisierte«, also für alle genau gleichen, Interventionen*. Dabei liegt auf der Hand, dass die individuell maßgeschneiderten eine größere Wirkung haben müssen – und diese wird durch die algorithmenbasierten Modelle und die Alltagsbeobachtung auch systematisch nachweisbar (für ein Beispiel siehe van Haitsma und Kollegen)⁸.

6. Lebensqualität im Labor oder im Alltag

Bis vor wenigen Jahren war es undenkbar, dass individualisierte, algorithmenbasierte Interventionen empirisch-quantitativ untersuchbar sein würden. Daher hat man sich lange auf Selbstberichte von Personen oder die qualitative Untersuchung sehr weniger Personen beschränkt. Die Herausforderung einer Alltagsmessung von Lebensqualität ist eine dreifache.

Erstens benötigt man ein generelles *theoretisches Modell der Lebensqualitätsstabilisierung*, das die relevanten Parameter definiert und formalisiert. Das Modell muss dabei den Veränderungen innerhalb einer Person, den Einfluss und die Wechselwirkungen mit den variablen Kontexten einer Person, den Wahlmöglichkeiten einer Person und den Unterschieden zwischen Personen Rechnung tragen. Solche Modelle gibt es zurzeit nur in Ansätzen,⁹ da in der Regel die vermeintliche Unmöglichkeit ihrer empirischen Prüfung den Aufwand ihrer Entwicklung kaum rechtfertigen. Tatsächlich sind die populationsbasierten Interventionsstudien, die alle Einflussgrößen eines solchen theoretischen Modells statistisch »kontrollieren« wollen, dafür nicht geeignet. Bei theoretischen Modellen beispielsweise mit 50 Parametern müssten

⁸ Vgl. van Haitsma u. a., A randomized controlled trial for an individualized positive psychosocial intervention for the affective and behavioral symptoms of dementia in nursing home residents.

⁹ Vgl. Martin u. a., The Functional Quality of Life (fQOL)-Modell.

Zehntausende von Versuchspersonen rekrutiert werden, um die Unterschiede in den Ausprägungen in diesen Variablen zwischen Personen auszumitteln. Dabei ist die Ausmittlung eine eigentlich paradoxe Idee, denn sie bedeutet statistisch, dass man annimmt, dass diese 50 Parameter zufällig mit dem Interventionserfolg zusammenhängen würden – obwohl man sie gerade deshalb ausmitteln möchte, weil man einen systematischen Einfluss vermutet!

Man benötigt also zweitens eine Möglichkeit, diese 50 und mehr *Parameter innerhalb vieler einzelner Personen so häufig zu messen, damit ein Stabilisierungsmodell für viele einzelne Personen überprüft werden kann*. Durch die rasche Entwicklung nicht-invasiver portabler Mess- und Sensortechnologien wird dies in wenigen Jahren möglich sein. Man ist dann nicht allein auf relativ seltene Befragungen oder Testungen angewiesen, sondern kann in hoher Dichte eine Vielzahl von Datenquellen innerhalb einzelner Personen zusammenführen und zur empirischen Modellprüfung nutzen. Hat man Zehntausende von Messpunkten innerhalb einzelner Personen, dann lassen sich auch Lebensqualitätsstabilisierungsmodelle mit 50 und mehr Parametern prüfen.

Folgt die dritte Herausforderung: Die *Bedeutung, die ein einzelnes Verhalten im Hinblick auf die Gesundheit einer Person hat*, ist vom Kontext innerhalb einer Person und außerhalb einer Person abhängig. Das genau gleiche Verhalten, etwa eine bestimmte Zahl von Schritten an einem Tag zurückzulegen, kann sehr Unterschiedliches bedeuten. Es kann ein Zeichen von Mobilität sein oder ein Zeichen nachlassender Gedächtnisleistung (wenn wir beispielsweise vergessen haben, was wir an einem bestimmten Ort wollten, gehen wir oft zurück an den vorherigen Ort, in der Hoffnung, es falle uns dort eher wieder ein), ein Zeichen von politischem Engagement (wenn wir beispielsweise an einer Demonstration teilnehmen), sozialer Aktivität (wenn wir mit Freunden joggen und uns dabei unterhalten), Religiosität (wenn wir beispielsweise die Kaaba in Mekka umrunden) oder eine Kombination von Bedeutungen. Um den Lebensqualitätswert einer Aktivität interpretieren zu können, müssen also immer auch weitere Kontextinformationen vorhanden sein und müssen für die Interpretation berücksichtigt werden. Genau dies sparen wir uns bei kontextfreien oder -stabilen Labor- und experimentellen Untersuchungen, in denen wir den Kontext ja in einer Art fixieren, dass wir ein gezeigtes Verhalten eindeutig interpretieren können. Experimente erkennen in dieser Hinsicht genau die große Bedeutung des alltäglichen Kontextes von Verhalten, denn sonst würden sie dessen Variation auch nicht kontrollie-

ren. Die Herausforderung liegt hier in der theoretischen und empirischen Berücksichtigung von Kontextinformationen.

Das gilt auch in der umgekehrten Richtung. Während in vielen Studien *verhaltensgleiche Interventionen* geprüft werden, also Interventionen, bei denen alle Untersuchungspersonen genau gleich häufig die genau gleiche Aktivität ausführen müssen, könnten auch *bedeutungsgleiche Interventionen* geprüft werden. Bei diesen würde beispielsweise durch die Intervention bei jeder Untersuchungsperson genau das Verhalten häufiger ausgeführt, was im individuellen Fall das Gleiche bedeutet, also etwa das für jede Person prioritäre Verhalten. Bei verhaltensgleichen Interventionen nimmt man in Kauf, dass das Verhalten von jeder Person sehr unterschiedliche Bedeutungen hat (für eine Person ist es vielleicht sehr bedeutsam, die Gedächtnisleistung zu steigern, für eine andere wäre es eher die soziale Kompetenz), bei den bedeutungsgleichen Interventionen, dass man bei jeder Person ein anderes Verhalten aktivieren muss. Auch bedeutungsgleiche Interventionen lassen sich jedoch ganz standardisiert über Algorithmen zuweisen und werden bereits als »individualisierte Interventionen« mit randomisierten Kontrollgruppenstudien auf ihre Wirksamkeit untersucht.

7. Fazit

Mit einer neuen Sicht auf die Möglichkeiten zur Stabilisierung der funktionalen Lebensqualität ergibt sich für die Gerontologie und alle Bereiche der Altersforschung ein enormes Innovationspotenzial. Mit Hilfe dieses Ansatzes lässt sich der *Alltag als Forschungsfeld der Grundlagenforschung erschließen*. Sowohl die Auswirkungen alltäglichen Verhaltens auf im Labor gemessene Leistungen als auch die Auswirkungen von Interventionen auf das Erreichen alltäglicher Outcomes und Ziele können konzeptionell und empirisch hergeleitet und quantitativ untersucht werden.¹⁰ Man kann argumentieren, dass die meisten über 65-jährigen Personen die meiste Zeit und in den meisten Aspekten ihrer Person gesund sind und sich die meiste Zeit außerhalb von Untersuchungslabors aufhalten. In der Altersforschung werden aber bisher

¹⁰ Verhaeghen/Martin/Sedek, Reconnecting cognition in the lab and cognition in real life: The role of compensatory social and motivational factors in explaining how cognition ages in the wild.

vor allem Labor- und Selbstauskunftsphänomene bei potenziell oder tatsächlich erkrankten Personen untersucht. So gesehen wurden bisher vermutlich etwa 95 Prozent aller Forschungsgelder in der Altersforschung für die Erforschung von fünf Prozent aller Altersphänomene ausgegeben. Mit der Ausrichtung auf die funktionale Lebensqualität im Alter werden die restlichen 95 Prozent aller Altersphänomene einer Grundlagenforschung zugänglich, die mit der Anwendungsforschung identisch ist. Die Herausforderungen in der nächsten Zukunft liegen in drei Bereichen.

Erstens benötigen wir dringend eine *Initiative zur Entwicklung parameter- und algorithmenbasierter theoretischer Modelle* der Lebensqualität und Gesundheit. Nach Jahren und Jahrzehnten der Entwicklung relativ einfacher populationsbasierter Modelle gibt es hier erheblichen Nachholbedarf. Dies haben zuletzt Riley und Kollegen (2011) in einer Arbeit mit dem Thema *Health behavior models in the age of mobile interventions: Are our theories up to the task?* eindrücklich belegt.¹¹

Zweitens benötigen wir Möglichkeiten zur *reliablen und ethisch vertretbaren Messung von einer Vielzahl potenziell lebensqualitätsrelevanter individueller Alltagsdaten* von Aktivitäten und Kontexten. Hierzu sind neben der Entwicklung von technisch verlässlichen Messverfahren neue Formen von Zustimmungsmustern erforderlich, aber auch dezentrale Formen der Datensicherung und neue Formen der Sicherstellung von Datenautonomie von Untersuchungspersonen. Mit der Messung von Daten im Alltag verliert die Grundlagenforschung ihr Datenmonopol und es benötigt neue Modelle der Teilung von Daten für Forschende und Untersuchungspersonen. Gleichzeitig kann damit die Altersforschung enorm beschleunigt werden: Während bisher durch das *informed consent*-Modell Daten erst dann erhoben werden können, wenn die Person vorab zugestimmt hat – und es damit 20 Jahre dauert, bis man weiß, was 60-Jährige tun können, um mit 80 gesund zu sein –, können mit neuen *portabel consent*-Modellen auch Daten genutzt werden, die eine Person bereits vorher ohne Forschungsabsicht gesammelt hat – und damit kann die Forschungsfrage bereits in dem Moment beantwortet werden, in dem man sie formuliert.

Drittens benötigen wir eine *Methoden-Ausbildungs-Initiative für alle in der Altersforschung und in der Anwendung von Forschungsergebnissen tätigen Personen*. Die Konzeption und Analyse von den eingangs geschilderten Studien, die auf der Aggregation von verteilten individuellen *likelihood*-

¹¹ Vgl. Riley u. a., Health behavior models in the age of mobile interventions.

Modellen beruhen, stellen hohe Anforderungen an die Methodenkompetenz. Sie sind jedoch gleichzeitig die einzigen Modelle, die eine systematische, quantitative, individualisierte und alltagsbezogene Lebensqualitätsforschung erlauben. Die Kenntnis dieser Verfahren ist daher ganz einfach erforderlich, um die Art von Evidenz zu gewinnen, die ich im anfänglichen Gedankenexperiment gefordert habe. Auch wenn der Erwerb neuer Kompetenzen für Gerontologen und Altersforschende vielleicht mühsam sein wird, so dient es aber neben der Aufhebung der unnötigen Unterscheidung zwischen Grundlagen- und Anwendungsforschung auch gleichzeitig dem Aufbau einer Gerontolog/innen eindeutig zuordenbaren und ihre Disziplin definierenden Methodenkompetenz.

Literatur

- Dixon, Roger/Hertzog, Christopher, »A Functional Approach to Memory and Metamemory Development in Adulthood«, in: Franz Weinert/Marion Perlmutter (Hg.), *Memory Development: Universal Changes and Individual Differences*, Hillsdale/New Jersey 1988, S. 293–339.
- Martin, Mike/Kliegel, Matthias, »Psychologische Grundlagen der Gerontologie«, in: Clemens Tesch-Römer/Hans-Werner Wahl/Siegfried Weyerer/Susanne Zank (Hg.), *Grundriss Gerontologie: Band 3*, 4. Aufl., Stuttgart 2014.
- Martin, Mike/Moor, Caroline, »How psychology as a discipline can profit from focusing psychological research on the individual«, in: *European Psychologist*, Jg. 17, H. 1 (2012), S. 31–32.
- Martin, Mike/Jäncke, Lutz/Röcke, Christina, »Functional approaches to lifespan development: Towards aging research as the science of stabilization«, in: *Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, Jg. 25, H. 4 (2012), S. 185–188.
- Martin, Mike/Schneider, Roger/Eicher, Stefanie/Moor, Caroline, »The Functional Quality of Life (fQOL)-Model: A New Basis for Quality of Life-Enhancing Interventions in Old Age«, in: *Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, Jg. 25, H. 1 (2012), S. 33–40.
- Riley, William T./Rivera, Daniel E./Atienza, Audie A./Nilsen, Wendy/Allison, Susannah M./Mermelstein, Robin, »Health behavior models in the age of mobile interventions: Are our theories up to the task?«, in: *Translational Behavioral Medicine*, Jg. 1 (2011), S. 53–71.
- Scott, Ian A./Gray, Leonard C./Martin, Jennifer H./Pillans, Peter I./Mitchell, Charles A., »Deciding when to stop: Towards evidence-based deprescribing of drugs in older populations«, in: *Evidence Based Medicine*, Jg. 18, H. 4 (2013), S. 121–124.

- Van Haitsma, Kimberly S./Curyto, Kimberly/Abbott, Katherine M./Towsley, Gail L./Spector, Abby/Kleban, Morton, »A randomized controlled trial for an individualized positive psychosocial intervention for the affective and behavioral symptoms of dementia in nursing home residents«, in: *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, Jg. 70, H. 1 (2015), S. 35–45.
- Verhaeghen, Paul/Martin, Mike/Sędek, Grzegorz, »Reconnecting cognition in the lab and cognition in real life: The role of compensatory social and motivational factors in explaining how cognition ages in the wild«, in: *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, Jg. 19, H. 1–2 (2012), S. 1–12.
- Wagster, Molly V./King, Jonathan W./Resnick, Susan M./Rapp, Peter R., »The 87%«. In: *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES*, Jg. 67, H. 7 (2012), S. 739–740.